

Опыт организации медицинского обеспечения боевых действий в Республике Афганистан

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Статья посвящается 20-летию вывода Советских войск из Республики Афганистан. Пребывание Советских войск в Республике Афганистан стало новым этапом развития и приобретения опыта ведения боевых действий для Вооруженных Сил в целом и для медицинской службы в частности. Медицинская служба приобрела огромный опыт обеспечения боевых действий в сложных условиях горно-пустынной местности.

Война в Афганистане стала новым испытанием жизнеспособности сложившегося к 80-м годам понимания современных задач медицинской службы и методов их реализации. В основном при подготовке военных медиков в то время, использовался опыт военной медицины, приобретенный в годы Великой Отечественной войне, который, как потом оказалось, не всегда соответствовал современным боевым действиям и особенностям организации оказания медицинской помощи.

Одна из главных природных особенностей Афганистана - жаркий климат и горно-пустынная местность - вызывала необходимость существенных корректив при организации медицинского обеспечения боевых действий. Высокая температура воздуха днём: летом (до 43-45°С) при его низкой относительной влажности и низкая температура ночью; постоянные, преимущественно с пылью, ветра; бездорожье в районах боевых действий; длительные пешие переходы с выкладкой по 35 - 40 кг и больше. Отсутствие естественных укрытий от солнечного излучения при повышенной физиологической теплопродукции обуславливали перенапряжение механизмов терморегуляции и сопровождалось значительными потерями воды (до 10 л в сутки). У военнослужащих в этих условиях развивались выраженные функциональные расстройства, истощение водно-солевых ресурсов, упадок физических сил, снижение массы тела. Нередко перегревание и дегидратация организма являлись причиной тепловых поражений. По данным медицинской службы 40-й армии, ежегодно регистрировалось 400 - 500 таких случаев, в том числе и со смертельным исходом. Истинная же распространенность этой формы патологии была значительно больше, так как она часто сопровождала другие заболевания и отдельно не регистрировалась. Медицинская служба приобрела большой опыт обеспечения боевых действий в сложных условиях горно-пустынной местности. В целом сложившаяся система медицинского обеспечения войск 40-й армии отвечала предъявляемым требованиям. Впервые за всю историю Вооруженных Сил для эвакуации раненых и больных, в том числе из районов боевых действий, широко использовался авиационный транспорт. Медицинская помощь раненым и больным оказывалась в основном грамотно и своевременно. В лечебную практику всех звеньев медицинской службы, начиная с поля боя, активно внедрялись новейшие методы и средства лечения боевой травмы. За годы Афганской войны сформировалась и получила дальнейшее развитие научно обоснованная система восстановительного лечения раненых и больных. Постоянно совершенствовалась организационно-штатная структура медицинской службы, успешно решались вопросы комплектования армии наиболее подготовленными

медицинскими кадрами, обеспечивалось методическое руководство их деятельностью. Проведена большая работа по созданию и развитию материальной базы медицинских подразделений, частей и учреждений, оснащению их современными медицинскими приборами, оборудованием и лекарственными средствами. Все это положительно сказалось на качестве и исходах лечения раненых и больных. Несмотря на значительную тяжесть ранений от современного огнестрельного оружия, увеличение числа сочетанных и минно-взрывных травм, военным медикам удалось снизить летальность раненых в лечебных учреждениях 40-й армии за девять лет в 2 раза. Частота дефектов в оказании медицинской помощи за этот период сократилась в 21/2 раза.

Боеспособность рейдовых подразделений находилась в прямой зависимости от полноты адаптации личного состава к природным условиям Афганистана и стрессовым факторам собственно боевой обстановки. Важную роль в обеспечении высокой боеспособности должен играть профессиональный психофизиологический отбор молодого пополнения прибывавшего из учебных центров ТуркВО и других регионов Советского Союза. В целом общие особенности интеллектуального развития, нервно-психической устойчивости и физической подготовленности соответствовали предъявляемым требованиям. Это свидетельствовало о том, что целенаправленная работа по психофизиологическому отбору в учебных центрах начала проводиться. Медицинской службе была поставлена задача о необходимости целенаправленного отбора военнослужащих для комплектования частей 40-й армии, однако полномасштабного решения эта проблема так и не получила. В комплекс мероприятий по ускоренной физиологической адаптации входит и применение медикаментозных средств. Правильное использование их с профилактической целью мобилизует внутренние резервы организма, повышая боеспособность и работоспособность личного состава. В период боевых действий прошли обстоятельную проверку бемитил, психостимулятор сиднокарб, феназепам и некоторые другие препараты подобного действия.

Важную роль в деле сохранения здоровья военнослужащих сыграли активно проводимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. Усилия медицинской службы были направлены на разработку рекомендаций по предупреждению и снижению небоевых санитарных потерь, осуществление действенного санитарного надзора за условиями жизни и боевой деятельности войск, решение гигиенических проблем, связанных с особенностями региона. На протяжении всех 9 лет в войсках 40-й армии сохранялась неблагоприятная или неустойчивая эпидемическая обстановка по вирусному гепатиту, брюшному тифу, паратифам, острой дизентерии и малярии. Главными причинами высокой инфекционной заболеваемости личного состава явились неготовность войск к пребыванию в экстремальной в санитарно-эпидемическом отношении обстановке Афганистана, крайне неблагоприятные условия жизни и быта войск, а также серьезные нарушения в организации санитарного надзора и противоэпидемических мероприятий.

Одной из насущных проблем сохранения здоровья личного состава было полноценное в качественном и количественном отношении водоснабжение военных городков. Вставшая исключительно остро в первый период пребывания войск, эта проблема к середине 80-х годов была в основном решена. Использовались главным образом глубокие подземные воды вполне удовлетворительного качества. Однако боевые действия проходили, как правило, в безводной местности, что обуславливало

сложность выполнения количественных нормативов водопотребления. Очистка воды с помощью индивидуальных средств лишь частично восполняла ее дефицит, это приводило к отрицательному водному балансу, развитию постоянного чувства жажды, анорексии, потере массы тела. В проблеме полевого и индивидуального водоснабжения исключительно важен вопрос обеззараживания воды. За годы пребывания войск в Афганистане были разработаны, внедрены в производство и поставлялись для обеззараживания индивидуальных запасов воды «Аквасепт», индивидуальный очиститель воды «Родник», групповой очиститель воды «Турист-2М», последний получил наибольшее применение. Степень же использования «Аквасепта» и «Родника» зависела от понимания самими военнослужащими пользы этих средств и контроля со стороны командиров.

Несомненно, поддержания боеспособности и резистентности к неблагоприятным условиям среды было питание. Питание личного состава в стационарных условиях осуществлялось по норме специального пайка для отдаленных местностей, который, как предполагалось, должен был обеспечивать энергетическую и белковую потребность организма. Однако фактическое питание личного состава в значительной мере страдало из-за ограниченного ассортимента поставляемых продуктов, крайне недостаточного количества свежих овощей и картофеля, растительного масла, свежего мяса, низкого качества приготовляемых блюд. К этому добавлялось угнетение аппетита, вызываемое тепловым стрессом, что вело к неполному потреблению пищи. В результате этого полноценный для других местностей паек оказывался неадекватным. Сложно было обеспечить полноценность питания в рейдах. При действии подразделений в отрыве от базы их личный состав в первые годы получал сухой паек (эталон № 1), энергетическая ценность которого (около 2500 ккал) не соответствовала величине физических нагрузок при ведении боевых действий в труднопроходимой местности, когда энерготраты достигали 5000-6000 ккал в сутки. Это было существенной причиной снижения массы тела у 40-50% военнослужащих, участвовавших в рейдах. Наблюдались даже клинически выраженные случаи истощения. На фоне обезвоживания и потери аппетита масса тела снижалась не только за счет жира, но и тканевых белков. Установлен также значительный дефицит в обеспеченности организма витаминами. Для предупреждения алиментарных заболеваний и нарушения обмена веществ потребовались срочные научные разработки по составлению рационов и режимов питания, адекватных условиям деятельности войск. С участием НИЛ питания ВМедА имени С. М. Кирова были созданы более совершенные пайки для полевых условий - горный летний и горный зимний.

В условиях жаркого климата важным профилактическим мероприятием является своевременная помывка людей. Банно-прачечное обслуживание войск было сопряжено с теми же сложностями, что и другие виды материально-бытового обеспечения. Особенно плохо обстояло дело с санитарной обработкой личного состава подразделений, участвовавших в рейдах, подвозе материальных средств и охране коммуникаций. Как следствие этих недостатков в ряде частей выявлялся педикулез, для пресечения, распространения которого принимались энергичные меры со стороны вещевой и медицинской служб (налаживание банно-прачечного обслуживания, импрегнация белья ДДТ, своевременное выявление пораженных лиц и их внеочередная санитарная обработка).

В условиях жаркого климата особую остроту приобретала проблема обитаемости

подвижных объектов военной техники. Так, при наружной температуре воздуха +40°C в танках, бронемашинах она поднималась до +55°C, механики-водители могли вести машину не более 2 ч. При высокой температуре среды повышалась летучесть горюче-смазочных веществ, пары их вместе с проникающей пылью загрязняли воздух обитаемых отсеков. Помимо раздражающего эффекта и снижения видимости, это способствовало появлению конъюнктивитов, дерматитов, воспалению слизистых оболочек дыхательных путей. Следует сказать, что в связи с общим отставанием разработки мер по обеспечению подвижной техники средствами нормализации обитаемости эта проблема не была решена и в 40-й армии.

Гигиенистам армии и химической службе пришлось решать уникальную задачу - разрабатывать рекомендации по профилактике отравлений оксидом углерода в высокогорном транспортном тоннеле на перевале Саланг, на высоте 3200 м. и протяженностью более 2 км. Предложенный режим функционирования этого объекта, установка мощной вентиляции, контроль загазованности воздуха предотвратили повторение трагедии 1982 г., когда в результате неисправностей в одной из машин остановились две встречные автоколонны, двигатели оставались включенными, в результате чего у 80 военнослужащих возникла апоплексическая форма отравления окисью углерода и 64 человека погибло.

Особую проблему для медицинской службы представляла необходимость выработки и реализации мер по преодолению специфического состояния организма, определяемого как горная болезнь. При быстром подъеме в горы она развивается на фоне гипоксемии и гипокапнии, и уже на высоте около 3000 м снижает работоспособность в 1,5-2 раза. Передвижение в горах является само по себе напряженным видом труда, намного превосходящим по трудности марш на равнинах. Возрастание энергозатрат при одновременном снижении содержания кислорода в воздухе потребовало разработки и введения нормативов предельной массы носимой выкладки (в зависимости от высоты от 60 до 15 кг), скорости передвижения в пешем строю (до 1-2 км/ч) и протяженности суточного перехода (до 8-10 км). Процесс адаптации к высокогорью обычно продолжается 1-3 мес. Физиологическую основу процесса составляет выработка устойчивости к дефициту кислорода за счет совершенствования механизма утилизации последнего в клетках и тканях. Для сохранения физической работоспособности и сокращения сроков адаптации был выработан и внедрен в практику комплекс мероприятий, включающий: медицинский отбор военнослужащих, направляемых в условия высокогорья, поэтапный (ступенчатый) подъем на большие высоты, специальные физические тренировки, медикаментозную профилактику горной болезни, текущий контроль за состоянием здоровья методом медицинского наблюдения.

Все годы пребывания войск 40-й армии в Афганистане существовала угроза отравлений военнослужащих в результате диверсионных актов, поскольку такие действия предпринимались против афганских правительственных войск и населения. Обнаружение среди трофеев ядовитых дымовых гранат и противогаров указывало на возможность применения отравляющих веществ. В связи с этим проводилась работа по подготовке гигиенических подразделений армии к индикации ОВ и ядов, экспертизе на зараженность ими воды и продовольствия. Постоянная настороженность медицинской службы и усиленный гигиенический контроль во всех подозрительных случаях позволили избежать химических поражений как массового явления, однако отдельные случаи отравлений при употреблении купленных у

местного населения пищевых продуктов отмечались.

В структуре санитарных потерь 40-й армии большую долю составляли ранения и другие травмы небоевого происхождения. Так, в 1980 г. их было около 30% от всех санитарных потерь в операциях. В числе причин назывались неумелое и халатное обращение с оружием и боевой техникой, недисциплинированность и др. Со стороны медицинской службы требовалось глубокое изучение причин и обстоятельств возникновения травм. Однако этому не было придано должного значения, в чем сказались нерешенность медицинских проблем профилактики травматизма.

В войсках прошли испытания более 50 изделий военно-медицинского назначения. Особое внимание уделялось совершенствованию и созданию новых подвижных медицинских средств эвакуации раненых и больных, внедрению высокоэффективных средств противэпидемической защиты личного состава - вакцин, иммуностимуляторов, а также методов фармакологической коррекции физического состояния военнослужащих. Вместе с тем опыт афганской войны выявил целый ряд нерешенных вопросов в организации медицинского обеспечения войск, потребовавших внесения дополнений и уточнений в современную военно-полевую медицинскую доктрину. При формировании армии отдельные виды подвижной медицинской техники в результате несоблюдения правил длительного хранения, низкой квалификации обслуживающего персонала оказались неподготовленными, а в ряде случаев непригодными для эксплуатации (АП, ДДА, АЛ и др.). Многие табельные средства розыска, сбора, вывоза (выноса) раненых, а также средства оказания первой медицинской помощи не в полной мере соответствовали условиям эксплуатации и поэтому использовались недостаточно эффективно («Роза-МТ», ТПК ЛуАЗ-967, ГТ-МУ и др.). Не соответствовала объему и характеру санитарных потерь организационно-штатная структура многих медицинских подразделений, частей и учреждений. Не в полной мере оказались разработанными вопросы организации медицинского обеспечения подразделений и частей, выполнявших боевые задания в отрыве от основных сил. Прежде всего, это касается организации неотложной медицинской помощи раненым на поле боя и их эвакуации. Потребовала уточнения сложившаяся система медицинского контроля за состоянием здоровья личного состава войск, принимавшего участие в боевых действиях. Недостаточную профессиональную подготовку по отдельным разделам военно-полевой хирургии и инфекционной патологии имел врачебный состав, в результате чего, особенно в первые годы войны, допускалось немало ошибок в оказании медицинской помощи раненым и больным. Медленно решались вопросы разработки и внедрения технических средств, соответствующих особенностям и специфике театра военных действий, позволяющих в максимальной степени механизировать труд медицинского состава по розыску раненых, извлечению их из труднодоступных мест, быстрейшему выносу из зоны огневого воздействия. Недостаточно качественно и оперативно проводилась работа по обобщению опыта использования комплектно-табельного оснащения. С запозданием была определена приоритетность научной разработки проблем оказания медицинской помощи раненым, начиная с поля боя, прежде всего по вопросам применения методов инфузионной терапии. Были и другие аспекты деятельности медицинской службы, требующие принципиальной и критической оценки.

Изучив и проанализировав богатый опыт работы медицинской службы Вооруженных Сил в годы Афганской войны, а также опыт других локальных конфликтов,

медицинская служба Вооруженных Сил должна еще активнее использовать данный опыт при оказании медицинской помощи в экстремальных ситуациях мирного и военного времени. Это касается лечения больных с травматическими повреждениями, организации всех лечебно-эвакуационных мероприятий, противоэпидемической работы. В настоящее время научная база медицинской службы в основном сосредоточена в границах Российской Федерации. Вместе с тем на Украине, в Беларуси, Прибалтике и других регионах бывшего СССР имеется немало медицинских специалистов высокой квалификации, знания и опыт которых нужны раненым и больным всех стран. Содружества это диктует необходимостью продолжать тесное сотрудничество военных врачей и никакие политические катаклизмы не должны препятствовать совместной работе. Конференции активно способствуют укреплению не только научных, но и других контактов между военными медиками стран СНГ.